

健保組合決裁欄			
常務理事	事務長	係	特定健診除外登録
			<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当

介護保険第2号被保険者適用除外(該当・非該当)届

◆ 下記、適用除外の該当・非該当になった場合は、すみやかに事業所担当部署へご提出ください。

※ 自書作成の場合は、被保険者氏名欄横の押印は不要です。

※ 転勤・転籍等による届の場合は、被保険者本人の署名・押印は不要です。

申請者	保険証の記号と番号		被保険者氏名				印
該当者 (本人含む)	該当者氏名		続柄	性別	生年月日		年齢
			本人	男・女	昭和	年 月 日	
				男・女	昭和	年 月 日	
			男・女	昭和	年 月 日		
下記該当する番号に○印をつけて異動年月日を記入してください。					異動年月日		
適用 除外 事由	該 当	1	市町村に住所を有しなくなった。 ・市町村に届出された転出日の翌日を記入してください。			平成	年 月 日
		2	在留資格または在留見込期間1年未満の短期滞在の 外国人である。			平成	年 月 日
		3	身体障害者養護施設など、適用除外施設に入所中である。 ・施設へ入所した日の翌日を記入してください。 ・施設名()			平成	年 月 日
		4	国外居住者で新たに健康保険の資格を取得したとき ・資格取得日または被扶養者認定日を記入してください。			平成	年 月 日
		5	転勤・転籍(転入・転出)のため ・該当日を記入してください			平成	年 月 日
	非 該 当	6	市町村に住所を有するようになった。 ・市町村に住所を有するようになった日を記入してください。			平成	年 月 日
		7	在留資格または在留見込期間1年未満の短期滞在の 外国人でなくなった。			平成	年 月 日
		8	身体障害者療養施設など、適用除外施設から退所した。 ・施設から退所した日を記入してください。			平成	年 月 日
		9	国外居住者で健康保険の資格を喪失したとき ・資格喪失日または被扶養者削除日を記入してください。			平成	年 月 日
		10	転勤・転籍(転入・転出)のため ・該当日を記入してください			平成	年 月 日
事業主 の 証明	上記のとおり相違ないことを証明します。					(健保受付印欄)	
	公文健康保険組合 理事長 様 平成 年 月 日 名 称 所 在 地 代 表 者 名					印	